"Zdravstvena njega shizofrenih bolesnika"

Matušić, Antonia

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Dubrovnik / Sveučilište u Dubrovniku**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:155:835487

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-23**

Repository / Repozitorij:

Repository of the University of Dubrovnik

zir.nsk.hr

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU

ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE

PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

ANTONIA MATUŠIĆ

ZDRAVSTVENA NJEGA SHIZOFRENIH BOLESNIKA

ZAVRŠNI RAD

Dubrovnik, 2018.

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU

ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE

PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

ANTONIA MATUŠIĆ

ZDRAVSTVENA NJEGA SHIZOFRENIH BOLESNIKA

ZAVRŠNI RAD

KANDIDATKINJA:
Antonia Matušić

MENTORICA:
dr. sc. Biserka Sedić

DUBROVNIK, 2018.

SADRŽAJ

1.Uvod....1
2. Shizofrenija....2
2.1. Povijest shizofrenije....3
2.2. Epidemiologija....4
2.3. Etiologija....4
3. Simptomi/klinička slika shizofrenije....5
3.1. Pozitivni simptomi....6
3.2. Negativni simptomi....7
4. Dijagnostički postupci i mogućnosti liječenja....8
5. Uloga medicinske sestre/tehničara....10
5.1. Potrebna znanja, vještine i kompetencije medicinske sestre....12
5.2. Komunikacijske vještine medicinske sestre/tehničara....13
5.3. Načela zdravstvene njege u skrbi za psihijatrijskog bolesnika 14
5.4. Položaj medicinske sestre u timu....15
6. Zdravstvena njega i osnovne ljudske potrebe....16
7. Sestrinske dijagnoze i ciljevi....18
8. Moguće sestrinske dijagnoze/plan zdravstvene njege....19
8.1. Promjene senzoričkog-perceptualnog funkcioniranja....19
8.2. Promijenjeni procesi mišljenja, shvaćanja i razumijevanja....20
8.3. Visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili prema drugim osobama....21
8.4. Društvena izolacija....22
8.5. Narušena verbalna komunikacija....23
8.6. Individualna neučinkovitost i nemogućnost suočavanja....24
8.7. Promijenjeni obiteljski odnosi....25

8.8. Smanjena mogućnost brige o sebi 26
Zaključak 27
Literatura.....28

Zahvala

Zahvaljujem svojoj mentorici dr. sc. Biserki Sedić na razumijevanju i susretljivosti tijekom pisanja završnog rada.

Zahvaljujem svojoj obitelji i prijateljima na bezuvjetnoj podršci tijekom cijelog mog školovanja a pogotovo mojim roditeljima koji su svojim razumijevanjem, tolerancijom i sugestijama uvijek bili tu te pridonijeli ostvarivanju mog cilja -završnog rada.

Zahvaljujem se i sestri Mariji Šilje na podršci, savjetima te angažmanu oko potrebite literature.

Veliko HVALA svima!

Popis kratica u radu

- MS/MT - Medicinska sestra/medicinski tehničar
- CT - Kompjuterizirana tomografija
- MR - Magnetska rezonanca
- RTG - Rendgen
- UZV - Ultrazvuk

Sažetak

Tema ovog završnog rada je zdravstvena njega shizofrenog bolesnika, odnosno zdravstvena njega osoba oboljelih od shizofrenije, jedne od najstarijih, najbizarnijih i najtežih psihijatrijskih bolesti koja se po mnogim autorima smatra i jedinom pravom duševnom bolesti. Od shizofrenije obolijeva 1% populacije, najčešće osobe mlađe životne dobi. Uzrok bolesti nije poznat, u medicini se ona povezuje sa neurobiološkim poremećajem koji pogađa bolesnika u svim dimenzijama njegovog postojanja. U prošlosti se smatralo kako je shizofrenija djelo "mračnih sila", dok nisu zapisani prvi opisi i uvedene klasifikacije shizofrenije kao bolesti. Cilj rada je ukazati na važnost i ulogu medicinske sestre/tehničara (MS/MT) te kompleksnost zdravstvene njege za takvog bolesnika. MS/MT je u biti i jedina kontinuirana poveznica između bolesnika i liječnika. Istaknut ćemo i važnost poznavanja same bolesti, simptoma koji karakteriziraju shizofreniju, važnost komunikacije, iskustva, vještina MS/MT kao najvažnijih „alata“ u njezi shizofrenih bolesnika.

Prvi dio rada, opisuje kliničku sliku i simptome bolesti, povijest nastanka, epidemiologiju, etiologiju, te dijagnostiku i mogućnosti liječenja, dok drugi dio rada opisuje potrebite vještine i kompetencije koje bi MS/MT morala imati za rad sa shizofrenim bolesnicima s naglaskom na komunikaciju i provođenje načela zdravstvene njege, te sestrinske dijagnoze. Opisana je i važnost psihijatrijske MS/MT kao neizostavnog člana psihijatrijskog tima, te kompleksnost i zahtjevnost njege za shizofrenog bolesnika kroz najučestalije sestrinske dijagnoze temeljene na prikupljanju podataka i objektivnog promatranja bolesnika.

Ključne riječi: shizofreni bolesnik, shizofrenija, komunikacija, zdravstvena njega, medicinska sestra/tehničar.

Summary

The subject matter of the final work is medical care of schizophrenic patients, respectively medical care of the persons who got ill of schizophrenia as one of the oldest, most bizarre and most difficult psychiatric illnesses which is by most authors considered as one and only mental illness.

1% of population suffers from schizophrenic diseases, mostly younger population and the cause of theillness is unknown. In medical studies,schizophreniais connected to neurobiological disorder, which affects the patients in every aspect of their existence. In history, it was considered that schizophrenia is work of „dark forces“, until there were written first descriptions and classifications and finally schizophrenia was introduced as a disease.

The goal of the work is to show importance and the role of medical nurse/technician (MN/MT) and complexity of medical care for the patients. MN/MT is actually only continuous link between patient and the doctor. We will also emphasize the importance of disease itself, symptoms whocharacterizeschizophrenia, importance of communication, experience and skills of MN/MT as most important “tool” in care of schizophrenic.

First part of this work describes clinical image and symptoms of the disease, history of occurrence, epidemiology, etiology, diagnosis and possibility of treatment. Second part describes skills and competence which MN/MT need to have to work with schizophrenic patients with emphasis on communication and implementation of the principles of medical care and diagnose of medical nurse. Also, itdescribes the importance of the MN/MT as an inevitable member of the psychiatric team, as well as the complexity and diligence of schizophrenic patients care. The illness is described, most frequently, through the nurse/technician diagnosis based on data collection and objective observation of the patient.

Keywords; schizophrenic patients, schizophrenia, communication, health care, nurse/technician.

1.Uvod

Stručna literatura navodi kako jedna četvrtina bolesnika oboljelih od shizofrenije nikada ne ozdravi, jedna četvrtina potpuno ozdravi, dok kod ostale dvije četvrtine trajno ostaju prisutni simptomi bolesti u različitom intenzitetu. Prisutno je i takozvano „pravilo trećina“ prema kojem se jedna trećina oboljelih potpuno izliječi, kod druge trećine dolazi do značajnog poboljšanja, a trećina se nikada ne izliječi. Tijek i ishod shizofrenije ima posebno značenje koje podrazumijeva određene aspekte poput onog radnog, socijalnog, obiteljskog funkcioniranja i razine kvalitete života (1).

Shizofrenija je poremećaj koji označava ozbiljnu bolest koja primarno pogađa misaone procese i dovodi do smanjenja percepcije smanjenu realnosti, što može rezultirati promjenama u ponašanju. Ona može imati različit tijek. U prvih par godina bolest je obično progresivna uz izraženo mentalno pogoršanje, gubitak radne sposobnosti, te slabljenje i zapuštanje socijalnih veza, interakcija te zanemarivanje skrbi o samom sebi. Nakon toga, bolest dolazi u stadij stagnacije (2).

Značajna uloga MS/MT je formiranje terapijskih zajednica, edukacija, planiranje i provođenje zdravstvene njege. Jedan od važnih aspekata sestrinske njege za shizofrenog bolesnika upravo je komunikacija i provođenje načela zdravstvene njege. MS/MT u najbližem je kontaktu s bolesnikom, njegovom obitelji i liječnikom, ona sudjeluje u cjelokupnom zbrinjavanju bolesnika, te je i nezamjenjiv član psihijatrijskog tima (2,3).

Procjena stanja i prikupljanje podataka predstavlja važan korak u dijagnosticiranju i rješavanju problema shizofrenih bolesnika. Razlike u sestrinskim intervencijama prisutne su zbog različitih vodećih obilježja pojedinih problema i ciljeva koje želimo postići. Većina sestrinskih dijagnoza koje se koriste u skrbi za shizofrene bolesnike odobrene su i uvrštene na listu North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). MS/MT samostalno provodi brojne intervencije i sestrinske dijagnoze u zbrinjavanju bolesnika te posjeduje brojna znanja koja mora stalno usavršavati. Sve su to razlozi koji potvrđuju potrebu za adekvatnim i educiranim medicinskim osobljem koje svakodnevno sudjeluje u njezi bolesnika (4).

2. Shizofrenija

„U shizofreniji svi normalni mentalni procesi – osjećaji, opažanje, govor, emocije, osobni odnosi – izgledaju sasvim poremećeni (čudni). Osobe s tom bolešću izgubile su dodir s realnim svijetom. Oni čuju glasove kojih nema, govore jezik koji ne postoji, smiju se bez ikakva razloga, ili sjede nepomični satima. Ukupna je ljudska osobnost iščezla, a psihološki i socijalni aspekt svakodnevnog života je razdrobljen često do neprepoznatljivih čestica“.

(National Advisori Mental Health Council U.S.,1988)

Iako je belgijski psihijatar B.Morel još 1852. godine opisao i dao naziv shizofreniji „dementia praecox“ jos uvijek nema jasne i univerzalne definicije koja opisuje bolesnike oboljele od ove teške bolesti, koja se očituje raznovrsnim i subjektivnim simptomima. Shizofrenija u velikoj mjeri mijenja volju, vrijednosni sustav, emocionalno izražavanje i ponašanje oboljelih osoba te dovodi do značajnih promjena i oštećenja kognitivnih funkcija. Temelj shizofrenije jest dezintegracija procesa mišljenja, kontakata s okolinom, testiranja realiteta i emocionalnog reagiranja, ali nerijetko se radi i o neurodegenerativnim procesima te osiromašenju društvenog života. Vrlo je velik broj različitih hipoteza i tumačenja ove bolesti te se i sam pojam shizofrenija koristi u brojnim i raznovrsnim, čak i pogrdnim značenjima. Isto tako su prisutna i mišljenja kako termin shizofrenija treba zamijeniti prikladnijim zbog stigme koju nosi sa sobom („guba modernog doba“), ali i različitosti stanja koje ova dijagnoza pokriva, s ciljem da se promijeni negativan društveni stav prema shizofreniji koji prevladava u javnosti (1).

U psihijatriji prevladava mišljenje kako je shizofrenija teška duševna bolest, kao posljedica biokemijskih procesa u mozgu te dovodi do poremećaja psihičkih funkcija i ponašanja, s oštećenjem socijalnog, obiteljskog i misaonog funkcioniranja. Premda je shizofrenija u medicinskom smislu primarno neurokongnitivni ili neurobiološki poremećaj, ona je i mnogo više od toga, jer pogađa sve dimenzije čovjekovog postojanja. Bitno je spomenuti, da se oboljenja povezuju sa naslijeđenim čimbenicima i čimbenicima iz okoline (5).

Dosta stručnjaka smatra da je shizofrenija nozološka fikcija jer se radi o konceptu bez jedinstvene i jednoznačne definicije, odnosno o poremećaju bez jasno definiranih granica i dovoljno poznate etiopatogeneze. Oboljeli od shizofrenije žive između stvarnosti i svjetova obmana i mašte u kojem misli i osjećaji odudaraju od realnosti koja ih okužuje, te se bolesnici često izoliraju u svoj svijet koji je njima stvaran. Oboljeli od shizofrenije mogu biti odsutni, ali svjesni svojih postupaka i normalnog funkcioniranja. Bolesnici sebe često doživljavaju i opisuju kao beživotno tijelo ili rastjelovljeni duh što upućuje na poremećaj samosvijesti (1).

Bolest uobičajeno počinje u adolescenciji ili mlađoj odrasloj dobi, te obuhvaća relativno heterogenu grupu kliničkih oblika bolesti. Ipak, bitno je reći da je kod većine situacija shizofrenija kronična bolest rekurentnog tijeka, karakterizirana izmjenama akutnih epizoda i djelomičnih ili kompletnih remisija. Prodromalni stadij, koji može trajati mjesecima, ali i godinama, obično prethodi prvoj akutnoj epizodi bolesti. Svaka nova epizoda bolesti donosi i daljnje pogoršanje bolesnikovog stanja, sve do kasnijih stadija bolesti. Shizofrenija je jedna od najintrigantnijih i najvažnijih psihijatrijskih bolesti (2,6).

Shizofreni poremećaji očituju se simptomima poput sumanute distorzije ili jako iskrivljenog doživljaja sebe i stvarnosti ili gubitka veze sa stvarnošću te povlačenja u autistični svijet svojih bizarnih fantazija, dezorganizacije ponašanja i dezintegracija mentalnih funkcija te transformacije ličnosti kada bolesnik osjeća da je netko drugi, neka druga osoba ili neko drugo biće, te izrazitog oštećenja socijalnog, radnog i obiteljskog funkcioniranja zbog poremećaja važnih psihičkih funkcija kao što su: mišljenje (sumanute ideje, disocijacija mišljenja), opažanje (iluzije i halucinacije), volja (parabulija, hipobulija), emocije i afektivnost (afektivna otupljenost i neadekvatnost), pri čemu tijek i ishod bolesti može biti vrlo različiti, a uključuju blage i teške oblike bolesti s izrazitim propadanjem, osiromašenjem i pustošenjem mentalnih funkcija ličnosti (2,7).

2.1. Povijest shizofrenije

Termin shizofrenija porijeklom grčkih korijena shizo (cijepan) i Fan (razum), dok je pojam shizofrenija prvi upotrijebio švicarski psihijatar Eugen Bleuler 1911. godine za bolest koja je razdvojena psihičkim funkcioniranjima (2).

Mnogi su liječnici pridodali razumijevanju koncepta shizofrenije kroz povijest. Ipak, zasluga za nozološko određivanje navedene bolesti pripisuje se Emilu Kraepelinu koji je 1896. prvi uvidio što je zajedničko u nizu raznovrsnih psihopatoloških očitavanja i kliničkih slika katatone, hebefrene i paranoidne dementiae praecox. Termin „dementia praecox“ prvi je koristio Morel koji je u svojim kliničkim studijima označio poremećaj koji započinje vrlo rano, u adolescenciji, te dovodi do intelektualnog propadanja. Neke teorije smatraju da je ova bolest bila nepoznata prije 1750., iako se u drevnim spisima mogu naći pojedini opisi koji upućuju na sliku shizofrenije (1).

2.2. Epidemiologija

U svijetu trenutno boluje 45 milijuna ljudi od shizofrenije, što čini oko 1 % zastupljenosti oboljelih od te bolesti u općoj populaciji. U Hrvatskoj je zabilježeno 19 000 bolesnika, sa stopom pojavnosti oko 0.4%. U nekim zemljama je shizofrenija učestalija nego u drugim i često vezana uz niže socioekonomske klase. U literaturi se navode podaci da godišnja incidencija bolesti iznosi oko 0.4 - 1% na 10 000 stanovnika (uz geografske varijacije). Hrvatska ima nešto češće obilježje pojavnosti u Istri i Primorju. Podjednaka je među spolovima i obično se javlja između 15. i 35. godine života (2,7).

2.3. Etiologija

Smatra se da je bolest prouzročena interakcijom okoline i nasljednim čimbenicima, no postoje brojne hipoteze koje zahtijevaju daljnja istraživanja. Genetsko nasljeđe se smatra glavnom karakteristikom za nastanak shizofrenije. Mnoga istraživanja su pokazala da posljedica ranog oštećenja mozga poput odumiranja pojedinih neurona, zloupotreba droga, virusna infekcija, preranog ili produljenog poroda, hipoksije mozga uzrokuju shizofreniju. Djelovanje dopaminskog, serotonskog, noradrenergičkog, glutamineričkog i drugih neurotransmitora, koji dovode do posljedica dezintegracije neurotransmitorskih sustava u mozgu i složene disfunkcije se danas smatraju jednim od čimbenika za nastanak bolesti. Nezdrava obiteljska i socijalna interakcija dovodi do veće izloženosti stresnim situacijama i razvoju sklonosti shizofrenim poremećaja (2,7).

3. Simptomi/klinička slika shizofrenije

Shizofreniju ne možemo dijagnosticirati bez postojanja oštećenja misaonog tijeka, afekta, percepcije, motivacije i saznanja. Ova se bolest očituje brojnim simptomima, zahvaćena mnogim područjima psihičkog funkcioniranja i ljudskih potreba, te je vrlo različita po intenzitetu od osobe do osobe (2).

Prema K. Schneideru postoje simptomi prvog i drugog reda, dok E. Bleuler dijeli simptome na osnovne (fundamentalne) i sporedne (akcesorne), a za dijagnozu shizofrenije važniji su osnovni simptomi, poznatiji pod nazivom „4 a“ (u poglavlju 2.1. Povijest koncepta shizofrenije) i uključuju:

- Poremećaj asocijacija/asocijalna slabost: mišljenje gubi asocijativni slijed i ciljnu predstavu, cijepa se ili prekida, postaje bizarno i neadekvatno,
- Poremećaj afektiviteta/afektivno zatvaranje: afektivnost bolesnika neprimjerena je ambijentalnoj situaciji i misaonom sadržaju,
- Autizam se očituje prekidom kontakata sa okolinom i povlačenjem u sebe i svoj svijet fantazija,
- Ambivalencija se izražava na afektivnome, voljnom i misaonom planu istovremenom prisutnošću oprečnih osjećaja, npr. ljubavi i mržnje, oprečnih težnja, npr. prihvaćanja i odbijanja; bolesnik nešto hoće i neće, te kontradiktornim idejama, npr. nešto je potrebno i nije potrebno (8).

Bleuler je izdvojio još dva simptoma:

- Anhormija (odsutnost osnovnih vitalnih dinamizama, nagonskih i socijalnih pobuda osobnosti),
- Oštećenje pozornosti „attention“,

tako da u stvari postoji šest osnovnih simptoma „6A“.

U suvremenom pristupu sve se više ističe podjela na pozitivne i negativne simptome, koju je originalno postavio Hughlings Jackson. Pozitivni simptomi odraz su suviška ili iskrivljenosti normalnih djelatnosti, dok su negativni odraz sniženja ili gubitka normalnih djelatnosti (6).

3.1. Pozitivni simptomi

Kada se govori o pozitivnim simptomima, kod takvih bolesnika je karakteristično iskrivljavanje ili pojačanje normalnih psihičkih funkcija što dovodi do pojave halucinacija, sumanutosti, poremećenog govora i dezorganiziranog, promijenjenog ponašanja. Deluzije se definiraju kao zablude ili pogrešna uvjerenja koja su nastala na bolesnoj osnovi koje nemaju potvrdu u stvarnosti. Shizofrenični bolesnici tako su uvjereni da ih netko prati. Oni sa sumanutim idejama žive u uvjerenju da se pjesme, knjige, novinski članici, TV program i sl. odnosi na njih. Uvjereni su da im drugi mogu čitati misli, kontrolirati njihove osjećaje, mozak, djelovanje i pokrete. Bolesnik dosta često vjeruje da je neka poznata ličnost, javna osoba i sl. Takvi simptomi obično su prisutni u akutnoj fazi, zahtijevaju brzo i pravodobno pružanje zdravstvene njege (2).

Halucinacije mogu biti različitog tipa, tj. mogu se doživjeti uz pomoć različitih osjetila. U najviše slučajeva javljaju se složene slušne halucinacije, poput glasova koji razgovaraju ili komentiraju bolesnikovo ponašanje. Neki bolesnici će na halucinacije reagirati snažno, te su posve pod njihovim utjecajem, dok će drugi, osobito u onim kasnijim stadijima bolesti, biti više-manje indiferentni prema njima. Navedene halucinacije i sumanutosti mogu kod bolesnika pobuditi vrlo uznemirujuće stanje. Kod shizofrenih bolesnika se poremećeni govor izražava najviše kao poremećaj asocijacija i često su apsurdne, nepovezane i bizarne, bez ikakve logike, reda i međusobne povezanosti tako da se ne razumije što žele reći. Dezorganizirano se ponašanje najčešće može iskazati kroz neprijateljsko ponašanje, agitaciju, regresivno, djetinjasto ponašanje, neadekvatnu komunikaciju s drugim osobama te poremećaj kontrole impulsa. Navedeno dovodi do katatonije, tj. nereagiranja na vanjske podražaje i pružanje otpora pri pokušaju micanja, zadržavanja rigidnog stava, stanje potpune ukočenosti i nepokretnosti ili nesvrsishodne, iscrpljujuće i pretjerane motoričke aktivnosti kao ekstremnog oblika poremećenog ponašanja. Pozitivni simptomi se najčešće susreću kod osoba koje su pretrpjele neke traume u svojem odrastanju, dobro reagiraju na psihofarmakoterapiju (7,2).

3.2. Negativni simptomi

Negativni simptomi su u mnogo većoj mjeri štetni za bolesnu osobu. Negativni simptomi često dovode do slabije motivacije te smanjenja osjećaja za ciljeve i svrhu. Za negativne simptome je karakteristično i postojanje tzv. A simptoma koji su sljedeći:

- Siromaštvo govora (alogija),
- Intelektualna manjkavost ili zbunjenost,
- Nemogućnost uživanja (anhedonija),
- Izostanak svrishodnih, usmjerenih postupaka (avolicija),
- Poteškoće u komunikaciji.

Ako bolesnik ima negativne simptome, on je dulje u bolnici i liječenje je duže. Ovakvi simptomi duže traju, te slabije reagiraju na terapiju, za razliku od pozitivnih, koji imaju epizodičan tijek te dobro odgovaraju na terapiju antipsihoticima. Bolesnici kod kojih su naglašeniji negativni simptomi češće pokazuju simptome lošeg premorbidnog funkcioniranja, ranog početka bolesti te otežanih socijalnih interakcija. Negativni su simptomi manje dramatični od pozitivnih, ali upravo oni određuju funkcioniranje bolesne osobe te ishod bolesti. Simptomi su uvršteni među karakteristične simptome u DSM-IV-TR kriterijima shizofrenije, i IcD-10 međunarodnoj klasifikaciji bolesti 10. revizija (2,7).

4. Dijagnostički postupci i mogućnosti liječenja

Kako bi dobili bolji rezultat liječenja, vrlo je bitno što prije dijagnosticirati i početi liječiti shizofreniju, prije javljanja potpune psihotične dekompenzacije. Interes psihijatrijske struke u velikoj se mjeri usmjerava na sam početak shizofrenog procesa, prvenstveno na prodrmanu fazu bolesti, te na bolesnike oboljele od prve epizode shizofrenije, s ciljem da se otkriju čimbenici koji potencijalno određuju tijek i ishod bolesti te na nastojanje da se spriječi dekompenzacija i funkcionalno pogoršavanje bolesti. Kada se dogodi prva psihotična epizoda mogući su svi ishodi bolesti. U suvremenom liječenju tako se primjenjuje farmakološki, psihoterapijski i psihosocijalni pristup, a primjena psihofarmaka osnovni je preduvjet za postizanje redukcije psihotičnih simptoma, a to onda, uz daljnje uzimanje psihofarmaka, omogućuje primjenu i drugih terapijskih postupaka. Ciljevi ranog otkrivanja i ranih terapijskih intervencija kod osoba oboljelih od prve epizode shizofrenije su reducirati i/ili prevenirati (2,8).

Liječenje također, uz sveobuhvatne farmakološke i psihosocijalne terapijske intervencije, obuhvaća i diferencijalno-dijagnostičku obradu bolesnika, a jedan od bitnih ciljeva kod dijagnostičkih postupaka je isključiti organski uzrok bolesti. Dijagnostičke postupke dijelimo na osnovne metode pretraga, koje obuhvaćaju promatranje bolesnikovog ponašanja, anamneze i heteroanamneze, te krvnih pretraga. Ostale metode i obrade (ako postoji indikacija) su kompjuterizirana tomografija (CT), magnetna rezonanca (MR), scintigrafija mozga, rendgenske (RTG) i pretrage ultrazvukom (UZV). U procesu obrade psihijatrijskog bolesnika nužno je imati u vidu povezanost biološkog, psihološkog i socijalnog stanja, te poznavanje međusobnog djelovanja koje može dovesti do pojave bolesti. Znači liječnik postavlja tzv.radnu dijagnozu na osnovi anamneze, opažanja, heteroanamneze, tjelesnog, općeg i neurološkog pogleda, a MS/MT postavlja sestrinske dijagnoze koje proizlaze iz potreba za zdravstvenom njegom i teže prvenstveno zbrinjavanju osnovnih ljudskih potreba (9).

Učinkovit pristup bolesniku mora biti socijalni i zdravstveni (psihijatrijski) s ciljem prevencije i smanjenja sociotoksičnih, neurotoksičnih i psihotoksičnih posljedica i simptoma bolesti. U svim fazama liječenja bolesnika trebaju biti povezane socijalne i zdravstvene aktivnosti i to od prve psihotične epizode, premorbidne faze, hospitalne i posthospitalne. Terapijski plan koji obuhvaća edukaciju, soci terapijske, psihoterapijske, medikamentoznu terapiju sa ciljem socijalne rehabilitacije i kontrolom simptoma što može značajno djelovati na liječenje shizofrenih bolesnika. Zdravstvena njega takvih bolesnika može biti složena i naporana kako za MS/MT, tako i za obitelj, zajednicu i samog bolesnika. Za shizofreniju ne postoji univerzalan lijek zato što se simptomi razlikuju od jednog bolesnika do drugog. Lijek koji je najbolji za jednoga bolesnika ne mora biti najbolji za drugoga. Bez obzira na to što antipsihotici ne mogu izliječiti shizofreniju, oni značajno umanjuju ili uklanjaju halucinacije i

sumanute ideje te tako omogućuju oboljelima povratak u stvarni svijet i normalno funkcioniranje te obavljanje svojih dosadašnjih funkcija (2).

Zlouporaba droga i alkohola, nesuradljivost bolesnika bitno otežava liječenje i nepovoljno utječe na njegov ishod, a povezana je s češćim relapsima bolesti, te sa čestim hospitalizacijama. Kod bolesnika koji su oboljeli od shizofrenije vrlo se često susreće prekomjerno pušenje koje je povezano s nižom koncentracijom antipsihotika, ali i koje povećava značajno rizik od kardiovaskularnih bolesti. Također, suicidalnost može negativno utjecati na ishod bolesti kada se zna da približno jedna trećina oboljelih od shizofrenije pokuša jednom ili više puta suicid, a oko 5% bolesnika umire zbog suicida. Zanimljivo je spomenuti da je rizik od suicida češći u ranim fazama bolesti i to kod bolesnika s relativno pozitivnim prognozama. Na veći rizik od suicida također utjecaj imaju depresija, impulzivnost, akatizija, zloupotreba droga i alkohola (1).

Svakako, ključni faktori koji utječu na prognozu shizofrenije jesu pravovremenost i cjelovitost liječenja. Cjelovitost liječenja u mnogome ovisi o razumijevanju problema i definiranju ciljeva liječenja u pojedinim fazama bolesti. Shizofrenija je bolest koja je klinički kompleksna i zahtijeva procjenu, razumijevanje i formulaciju kako bi se dobile pouzdane sestrinske dijagnoze, te djelotvorna i cjelovita terapija. Danas shizofrenija još uvijek predstavlja veliki izazov za suvremenu psihijatriju, a i sam naziv te bolesti u suštini zapravo istu ne opisuje. Ipak, posljednjih desetljeća se došlo do određenih spoznaja koje olakšavaju očitovanje i prognozu, te praćenje tijeka i ishoda bolesti. Također, shizofrenija se još prije pedesetak godina smatrala teškom i neizlječivom bolešću te velika većina oboljelih osoba nakon prvog napadaja nikad nije postizala remisiju. Veliki broj bolesnika, kad bi jednom ušao u bolnicu, u istoj je trajno i ostajao. Danas je situacija nešto drugačija i to ponajviše zbog biološke terapije. Gotovo da nema pacijenata koji nakon prvog napadaja ne postiže remisiju, kompletnu ili djelomičnu. Shizofrenija je kronična bolest koju suvremena medicina nažalost u ovom trenutku ne može u potpunosti izliječiti. Bolesnik se može kvalitetno liječiti, ali ne i potpuno izliječiti (1,2).

5. Uloga medicinske sestre/tehničara

Uloga MS/MT je da bolesnicima koji su oboljeli od shizofrenije konstantno pružaju njegu kroz cijeli proces bolesti i to od pojave prvih simptoma bolesti, preko liječenja, pa sve do rehabilitacije. MS/MT svakom bolesniku individualno pristupa te se bavi svim pitanjima vezanim za funkcioniranje bolesne osobe i pruža socijalnu podršku. Kada se pojave prvi simptomi shizofrene epizode ili prva hospitalizacija, MS/MT je ta koja komunicira s obitelji, školskom i radnom sredinom, liječnicima, policijom i sl (2).

MS/MT ima vrlo važnu ulogu u pribavljanju podataka o bolesniku koji se odnose primjerice na obiteljski, socijalni status, školsku ili radnu situaciju i sl. Tijekom hospitalizacije, ovisno o psihičkom stanju bolesnika, provode se socioterapijske aktivnosti kako bi motivirali i uključili bolesnika u vlastito liječenje gdje se provode individualni i grupni terapijski postupci. Također, MS/MT pomaže i provoditi kontinuirani rad s obiteljima u cilju psihoedukacije, ali i destigmatizacije kako bolesnika, tako i osoba koje o njemu skrbe. Nakon otpusta iz bolnice MS/MT također pomaže u prihvaćanju bolesnika te pružanju podrške u daljnjem nastavku liječenja. U većini slučajeva oboljele osobe nastavljaju život s obiteljima, a ponekad je smještanje u različite tipove ustanova neizbježno. MS/MT isto tako sudjeluje i u provođenjima postupaka procjene radne sposobnosti i to posebno kada se radi o osobama koje su dugo bolovale prije prvog psihijatrijskog liječenja i kod kojih je zbog neliječenja bolesti došlo do značajnog i ireverzibilnog pada kapaciteta osobnosti za zaštitu vlastitih prava i interesa. Kada se bolesnici vraćaju u životnu sredinu često dolazi do stigmatizacije na što je potrebno obratiti posebnu pažnju pošto je destigmatizacija jedan od ciljeva psihosocijalne rehabilitacije koja nastoji postići što kvalitetnije razdoblje bez simptoma bolesti, što bolju kvalitetu života, te omogućiti bolesniku funkcioniranje kakvo je imao i prije nego što je sama bolest nastala (10).

MS/MT tako pomaže bolesniku prihvatiti vlastite kapacitete, a isto tako i specifičnosti okoline u kojoj bolesnik živi. Rehabilitacija ovisi o realnim mogućnostima i situacijski je uvjetovana, pa je u nju, kad je god moguće, poželjno uključiti obitelj, prijatelje, kolege s posla, susjedstvo, školu. Tako je potrebno objediniti široki spektar niza aktivnosti, od pojave prve epizode i postavljanja dijagnoze shizofrenije, preko eventualne hospitalizacije, liječenja farmakoterapijom pa sve do nastavka psihijatrijskog liječenja i praćenja u zajednici, provođenja rehabilitacije, uzimanju daljnje psiho farmakološke terapije te razvoj kapaciteta za samostalan život, uspostavu socijalnih odnosa kao radnih i/ili edukacijskih kapaciteta (2).

MS/MT u tome treba uzeti u obzir da je podrška socijalne okoline jedan od najbitnijih aspekata za kvalitetan život bolesnika. Klinička praksa podrazumijeva da se temeljna sestrinska procjena provodi prije određivanja psiho farmakološke terapije, te ista uključuje podatke o bolesniku, vitalne znakove, liječničku dijagnozu, prethodnu uporabu lijekova, uporabu alkohola, droga, nikotina i kofeina, alergije na hranu i lijekove, dijetetske mjere, hormonalne i laboratorijske podatke (ako su dostupni), podatke o eventualnoj trudnoći i laktaciji, specifične tjelesne i psihičke simptome itd. Kod primjene lijekova u bilo kojoj vrsti medicinskog sustava, bolničkom ili vanbolničkom, MS/MT je u direktnom kontaktu s

bolesnikom. Prije i poslije primjene lijekova najprije treba procijeniti stanje bolesnika, te ga dalje opservirati u daljnjem liječenju (7,10).

Isto tako, MS/MT procjenjuje i učinkovitost terapije, pa treba imati znanje o psihotropnim lijekovima, njihovim učincima i interakcijama, ali i mogućim sestrinskim intervencijama radi prevencije komplikacija terapije, anticipacije te potencijalnih problema i osiguranja optimalnih ishoda liječenja za bolesnika. Kako bi mogla osigurati vlastite intervencije i pružiti bolesnicima kvalitetnu zdravstvenu njegu, ona treba posjedovati znanja o etiologiji i kliničkoj slici psihičkog poremećaja, dijagnostičkim kriterijima, ishodu i tijeku poremećaja te psihosocijalnom pristupu psihičkim poremećajima. Biološki temelji liječenja su farmakološko liječenje i određene specifične metode. Djelovanje, indikacije, nuspojave i učinkovitost terapije ključni su aspekti o kojima MS/MT treba imati znanje. Isto tako, ona treba biti osposobljena za prevenciju neželjenih događaja i redukciju neželjenih nuspojava, ali i praćenje kliničkog stanja i učinka terapije. MS/MT je odgovorna i za psihoedukaciju bolesnika koja uključuje edukaciju bolesnika i njegove obitelji, odnosno njegovatelja i to već kod prvog prihvata bolesnika na liječenje, a ona uključuje edukaciju o simptomima psihičkog poremećaja, razvoju i tijeku bolesti, učinku simptoma i bolesti na funkcioniranje bolesnika te edukaciju o terapijskim metodama i pomoćnim metodama liječenja, i potrebama za zdravstvenom njegom (2).

Ona također upoznaje i bolesnika s terapijom koju dobiva, te procjenjuje učinkovitost i mogućnost nastanka nuspojava. Kada MS/MT pristupa bolesniku, vrlo je bitno značajno pretvaranje složene stručne medicinske informacije u jednostavni jezik koji bolesnik razumije, a cilj je bolji bolesnikov uvid u liječenje i razumijevanje bolesti. Na taj način bolesnik može razumjeti zašto uzima lijekove, što može očekivati od terapije lijekovima te će moći pratiti učinkovitost i moguće nuspojave. MS/MT olakšava edukaciju o lijekovima jer posjeduje specifična znanja o farmakoterapiji i znanja kako prenijeti informaciju bolesniku, te doprinosi suradničkom raspoloženju bolesnika u liječenju i povoljnom ishodu liječenja. Intervencije se svakako trebaju prilagoditi bolesniku, odnosno njegovom stanju i mogućnostima. Budući da je MS/MT osoba koja najviše vremena provodi s bolesnikom, važno je naglasiti njezinu bitnu ulogu i stigmu kod organizacije i njege bolesnika oboljelog od shizofrene bolesti (7).

5.1. Potrebna znanja, vještine i kompetencije medicinske sestre

MS/MT uključuje se u liječenje psihijatrijskih bolesnika pružanjem adekvatne zdravstvene njege. Tek sredinom 20-tog stoljeća zauzima važnu ulogu u psihoterapijskom načinu razmišljanja u psihijatrijskim ustanovama, kao i formiranih terapijskih zajednica. U proces pružanja njege duševnim bolesnicima MS/MT uključuje nužno znanje i vještine djelotvorne komunikacije, što upravo pridonosi terapijskom učinku (2).

Svakodnevna iskustva duševnih bolesnika ili drugih pokazuju neprijateljski odnos, odbacuju ili izoliraju iste. Stigmatizacija duševnih bolesnika obilježava svakodnevnicu i može se smatrati sekundarnim nedostatkom s kojim se susreću bolesnici, obitelj i MS/MT. Stigmatizacija postoji i u članova obitelji, prijatelja, te profesionalaca zbog manjka znanja, što može rezultirati nerazumijevanjem i ne pružanjem potrebne pomoći. Tako da su duševni bolesnici izloženi najvećoj socijalnoj stigmi i strahu. Kompetencije koje posjeduje MS/MT kroz provođenje zdravstvene njege su kombinacija vještina, znanja, stavova, vrijednosti, sposobnosti i prosudbe koje omogućavaju pravovaljano provođenje zdravstvene njege. Kompetencije su razina provođenja koja prikazuje učinkovitu upotrebu svih tih elemenata. Što su rezultat razine obrazovanja u sestrinstvu, a imaju cilj pružanje sigurne, učinkovite i na etičkim načelima zasnovane zdravstvene njege (2).

Postoji niz kompetencija koje se preklapaju među MS/MT, različite razine obrazovanja, te se odnose na zajedničku atmosferu otvorene komunikacije, povjerenja i poštovanja. To su tzv. podijeljene kompetencije. MS/MT ima one kompetencije koje je stekla tijekom formalnog obrazovanja, tijekom pripravničkog staža i daljnjeg educiranja tijekom rada sa duševnim bolesnicima (11).

Za kvalitetan rad je nužno da MS/MT imaju visoku razinu profesionalnog znanja koje je vezano uz osnovni cilj zdravstvene njege. Svaka MS/MT treba imati sposobnosti i kompetencije za suradnju, uspostavu dobrog komunikacijskog odnosa, spremnost da čuje druge osobe i da uvažava njihovo mišljenje. Važne su i određene karakteristike osobnosti, odnosno specifičnosti pojedinaca koje su značajne za razvijanje odnosa u radu, a to je u prvom redu sposobnost za suradnju i rad (2,11).

5.2. Komunikacijske vještine medicinske sestre/tehničara

MS/MT tijekom pružanja zdravstvene njege adekvatnom komunikacijom ostvaruje međuljudski odnos i dobru interakciju. Komunikacijske vještine mogu se smatrati jednom od bitnijih vještina koju treba posjedovati MS/MT u radu sa shizofrenim bolesnikom.

„Umijeće sestrinstva je međuljudski odnos i interakcijski proces između bolesnika i sestre unutar socijalnog okruženja za vrijeme pružanja sestrinske skrbi“ (Kenney, 1990) (12).

MS/MT je u stalnoj interakciji sa bolesnikom osim na verbalnu usmjerena je i na neverbalnu komunikaciju. Da bi ostvarila dobar odnos i interakciju sa bolesnikom MS/MT se mora stalno usavršavati i stjecati nova znanja kako bi pružila dobru zdravstvenu njegu (13).

Da bi MS/MT došla do bolesnikovog povjerenja te potpunog izražaja mora s njim uspostaviti kvalitetan odnos, kako bi pridonijela u zadovoljavanju bolesnikovih potreba. MS/MT se treba zanimati za bolesnika, njegovu okolinu, potrebe i probleme. Ponekad MS/MT može pomisliti da nema smisla nastaviti komunikaciju s bolesnikom koji ne odgovara na njena pitanja, ali upravo u takvim situacijama, njezino komunikacijsko umijeće može postići željeni cilj. Način na koji MS/MT komunicira ima snažno djelovanje i važnu ulogu na bolesnikovo pozitivno i negativno ponašanje, te će olakšati cjelokupni proces zdravstvene njege bolesnika. Kvalitetnom komunikacijom pridonosi pozitivnom ozračju u kojem se bolesnici osjećaju ugodno i aktivno u okolini koja ga okružuje (12).

5.3. Načela zdravstvene njege u skrbi za psihijatrijskog bolesnika

S obzirom na zahtjevnost oboljelih od shizofrene bolesti MS/MT ostvaruje poseban odnos za pružanje kvalitetne njege te svojim obrazovanjem stječe opća pravila, odnosno načela. U radu sa shizofrenim bolesnicima MS/MT svakodnevno primjenjuje individualizirana načela, što je obavezuje da usavršava svoje znanje i odgovornost za takvog bolesnika (7).

U pružanju zdravstvene njege podrazumijeva se shvaćanje čovjeka kao cjelovitog bića u skladu sa njegovom prirodom, gdje MS/MT primjenjuje cjeloviti holistički pristup. Također je bitno spomenuti kako zdravstvena njega prvenstveno proizlazi iz osnovnih ljudskih potreba. Kroz psihijatrijsku struku nailazimo na mnoga socijalna i kulturna okruženja, sva načela određena su naravi ljudskog bića i postaju sastavni dio prakse. Da bi se osigurali uvjeti za provedbu određenih načela MS/MT prepoznaje potrebu za provedbu načela i opravdanost kršenja usmjerenih na zaštitu zajednice i pojedinca (7).

MS/MT komunikacijskim vještinama i znanjem brani interese bolesnikovih načela. Prihvaćanje bolesnika onakvog kakav jest, očuvanjem dostojanstva i privatnosti, poštivanjem slobode izbora, uključivanjem bolesnika isticanjem njegovih potencijala MS/MT provodi bitna načela koja su temelj svih sestrinskih intervencija. Ostvarivanjem terapijskog okruženja i dobrom komunikacijom razvija se odnos povjerenja i prihvaćanja što pridonosi boljem ponašanju i učinkovitoj prilagodbi bolesnika. Nesvjesnom podjelom bolesnika na manje i više drage dolazi do uskraćivanja njege i neprihvaćanja bolesnika, čime se krše spomenuta načela. Samim tim sestrinske intervencije više nisu profesionalne (9,7).

5.4. Položaj medicinske sestre u timu

Tim je aktivna zajednica stručnjaka koji posjeduju potrebna znanja i svojim zajedničkim radom usmjereni su postizanju cilja. Oduvijek je postojala potreba za timskim radom i neovisno o stupnju obrazovanja različiti stručnjaci svoj posao odrađuju samostalno, ali svjesni da rade u timu za zajednički cilj. Znanja i iskustva u timskom radu međusobno se dopunjuju (2).

Dobri međuljudski odnosi i razumijevanje potreba temelj su dobrog timskog rada, određeni isključivo na poštivanju bolesnikovog dostojanstva (13).

U psihijatrijskoj službi odnos liječnika i MS/MT je specifičan. Svaka MS/MT nailazi na osjetljiv položaj i osjećaj manje vrijednosti njezinog rada što rezultira nezadovoljstvom, manjkom povjerenja, negativnim odnosima i lošijem pružanju zdravstvene njege. Usavršavanjem svojih znanja, empatijom, kreativnošću u okviru svoje struke MS/MT može postati ravnopravna članica tima (2,12).

Tim je aktivna zajednica, svaki član ima svoju ulogu i svakodnevne zadatke, ako to nije jasno definirano i ukoliko ne ostvari dobro okruženje i komunikaciju takav tim nije funkcionalan (2).

Psihoanalitičar Battegaj govori o funkcioniranju između tri oblika timskog rada; tim-mnoštvo, tim-masa i tim-grupa. U timu-mnoštvo više povezuje prostor u kojem borave, nego li posao zbog kojeg su zajedno. Tim-masa predstavlja pojedinca koji nameće svoj profil i specijalnost. Treća skupina tim-grupa podređena je svakom pojedincu u okviru zadataka i takav omogućuje razmjenu podataka i aktivnosti svakog člana čije se djelovanje odvija po načelima psihodinamike grupe (2).

MS/MT svoj napredak i aktivno sudjelovanje u provođenju zdravstvene njege najbolje omogućuje u tim-grupa, dok tim-masa pripada nižim profilima i MS/MT služi liječniku pri liječenju bolesnika. Svaki član ima svoju ulogu i svakodnevne zadatke, ako to nije jasno definirano i ukoliko ne ostvari dobro okruženje i komunikaciju takav tim nije funkcionalan (2).

6. Zdravstvena njega i osnovne ljudske potrebe

Do osamdesetih godina osnovna djelatnost MS/MT nazivana je „njega bolesnika“, što je obuhvaćalo sedam zadaća u provođenju zdravstvene njege bolesnika. Uvjetovan društvenim promjenama razvojni put njege bolesnika bio je složen. Danas zdravstvena njega usmjerena je na čovjeka, zdravog i bolesnog, a MS/MT samostalan je zdravstveni djelatnik u njezinu provođenju. Posljednjih deset godina u terminologiji se upotrebljava naziv „zdravstvena njega“ ,što se ne odnosi samo na naziv već i promjenu u shvaćanju osnove djelatnosti MS/MT (13).

„ njega je; svjež zrak, svjetlo, čistoća, mir , izbor i podjela hrane,

sve što daje životnu snagu bolesniku“

(Florence Nightingale, 1859.)

U svojoj knjizi „Notes on Nursing“ Florence Nightingale dala je prvo značenje zdravstvene njege, što je za nju predstavljalo očuvanje zdravlja bolesnih i zdravih. Kroz provođenje njege MS/MT ne brine se samo o pojedincu već o zdravlju cijele populacije, sa ciljem očuvanja zdravlja i sprječavanja bolesti. 1966. godine, Virginija Henderson u završnoj verziji uloge medicinske sestre naglašava način pružanja pomoći pojedincu, bolesnom ili zdravom, u oporavku i obavljanju njege koja pridonosi zdravlju i samostalnosti. Uvidjela je da na osnovi same struke može se razrađivati sestrinska praksa i načela rada. Upozoravala je na povezanost duhovnih, socijalnih, psiholoških potreba, te na povezanost stanja svijesti i tijela. Za zadovoljavanje tih potreba svrstala je specifične aktivnosti njege u četrnaest točaka. Definiranjem potreba bolesnika Virginia Henderson postavlja i odgovara na sedam pitanja;

- Tko pomaže – MS/MT,
- Kome pomaže – zdravom ili bolesnom pojedincu,
- Pri čemu pomaže – pri zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba,
- Kada pomaže – kada osoba nema potrebnu snagu, volju ili znanje,
- Kako pomaže – pruža fizičku, psihološku, duhovnu pomoć i podučava,
- Koja je svrha pomoći – očuvanje zdravlja, oporavak ili mirna smrt,
- Koje je načelo pomoći – što brže osamostaljivanje (13).

Zdravstvena njega prema stavu SZO usmjerena je očuvanju, unapređenju i ponovnom uspostavljanju zdravlja. Bavi se čovjekom s gledišta osnovnih ljudskih potreba, stvaranjem najpovoljnijih uvjeta kako bi prirodne snage djelovale na bolesnika (13).

Zdrastvena njega shizofrenih bolesnika temelji se na poznavanju bioloških i socijalno-psiholoških čimbenika, stvaranjem terapijskog odnosa, prepoznavanju psiholoških simptoma, ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom i intervencijama. Zdravstvena njega mora biti prilagođena svakom pojedincu, neovisno o sestrinskoj dijagnozi; osnovne ljudske potrebe trebaju biti zadovoljene (2,9).

7. Sestrinske dijagnoze i ciljevi

Sestrinska dijagnoza je klinička procjena odgovora pojedinca, obitelji ili šire zajednice s ciljem preciznog opisa aktualnog ili potencijalnog zdravstvenog problema. Ona je temelj na kojem počiva odabir intervencija, a zadatak joj je usmjeren prema postizanju ciljeva za koji je MS/MT odgovorna. Temeljna obilježja sestrinske dijagnoze su da upućuje na problem bolesnika, uključuje probleme u zdravlju i bolesti. Zaključak sestrinske dijagnoze mora se donositi na temelju analize podataka, ista mora biti utemeljena na provjerenim subjektivnim i objektivnim podacima. MS/MT predstavlja zaključak u zdravstvenoj njezi, te uključuje tjelesno, psihičko i socijalno stanje bolesnika, predstavlja kratku i sažetu tvrdnju, te uključuje stanja koja MS/MT može samostalno zbrinjavati, a isto tako i kada je to moguće, mora biti provjerena s bolesnikom (7).

Sestrinske dijagnoze dijele se na sljedeće: akutne sestrinske dijagnoze, visokorizične sestrinske dijagnoze, moguće sestrinske dijagnoze, povoljne sestrinske dijagnoze, te skupne sestrinske dijagnoze. Kada se promotre vidljivi znakovi problema postavlja se akutna sestrinska dijagnoza. Akutna sestrinska dijagnoza opisuje prisutan problem, a s obzirom na dijagnostičku vrijednost, dijeli se na: jako važnu ili glavnu te manje važnu ili sporednu akutnu sestrinsku dijagnozu. Navedene dijagnoze moraju biti usklađene s PES modelom, odnosno moraju biti postavljene na temelju problema, etiologije i simptoma. Rad MS/MT sa shizofrenim bolesnicima zahtjeva veliko znanje, strpljivost, poznavanje i posjedovanje određenih vještina. Ona promatra pacijenta i na osnovi postojećih podataka, tj.simptoma utvrđuje probleme iz područja zdravstvene njege. Da bi određeni problem riješila, mora odabrati najprikladnije intervencije, odnosno, treba napraviti odgovarajući plan zdravstvene njege (7,14).

Ciljevi u zdravstvenoj njezi shizofrenih bolesnika su;

- Promicati i unapređivati interakciju između bolesnika i njegove okoline.
- Nastojati povećati i pojačati psihološku stabilnost.
- Osigurati zaštitu.
- Poticati i ohrabrivati obitelj i druge bitne osobe da se uključe u aktivnosti koje potiču i promiču bolesnikovu neovisnost i zadovoljstvo životom.

Da bi se postigli ciljevi nužno je individualizirati sestrinske intervencije i ovisno o dijagnozi primijeniti najučinkovitije (7).

Sestrinske dijagnoze osiguravaju bazu i ključ za uspješnu, utemeljenu i profesionalnu zdravstvenu njegu kojoj je cilj zadovoljiti bolesnikove potrebe (14).

8. Moguće sestrinske dijagnoze/plan zdravstvene njege

U cilju pomoći izrađene su sestrinske dijagnoze i planovi zdravstvene njege. Opći planovi njege MS/MT vode kroz korake koji su potrebni za odabir cilja, intervencija i odgovarajuće dijagnoze. Uz svaku dijagnozu pribrojeni su najčešći mogući kritični čimbenici, vodeća obilježja, intervencije, ciljevi, i neke moguće evaluacije (15). S obzirom na opsežnost simptoma i same bolesti s kojom se susreću MS/MT, obitelj te sam bolesnik tokom procesa rehabilitacije, moguć je neimenovan broj sestrinskih dijagnoza i pripadajućih intervencija.

U nastavku su izdvojene najaktualnije;

8.1. Promjene senzoričkog-perceptualnog funkcioniranja

Promjene senzoričkog-perceptualnog funkcioniranja očituju se kao psihomotoričke promjene ponašanja, iskrivljene reakcije na neki podražaj što se demonstrira halucinacijama, iluzijama, paničnim razinama anksioznosti i dr. (7,16).

Kritični čimbenici kojima se očituje navedena sestrinska dijagnoza su; neurobiološki faktori, izmijenjen proces razmišljanja, dezintegracija granica između bolesnika i drugih, usamljenost i izoliranost (16).

Sestrinske dijagnoze „promjene senzoričkog-perceptualnog funkcioniranja“ prepoznati ćemo na osnovu bolesnikova ponašanja, npr; bolesnik može biti preokupiran halucinacijama, priča sam sa sobom, reagira na glasove ili zvukove koji nisu prisutni, bolesnik se povlači u sebe, tijekom interakcije sa drugima trza, opisuje iskustva halucinacija (16).

Ovisno o ozbiljnosti bolesnikove dijagnoze i prognoze za potrebama prema zdravstvenoj njezi MS/MT postavlja moguće ciljeve, npr. bolesnik pokazuje sposobnost fokusiranja na razgovore drugih u prostoriji, sudjeluje u razgovorima sa drugima, odustaje od ozljeđivanja drugih ili samoozljeđivanja, bolesnici uče tehnike uklanjanja stresa i anksioznosti (16).

MS/MT kod dijagnoze promjena senzoričkog-perceptualnog funkcioniranja provodi i mnogobrojne intervencije, kao što su; provoditi vrijeme s bolesnikom, pozorno ga slušati i davati mu podršku, osiguravati sigurno okruženje, orijentirati bolesnika na stvarnost pomoću djelotvorne komunikacije, uporaba naredbi (diktatora), služiti se konkretnim i jasnim izjavama, nipošto osuđivati i lakomisleno komentirati bolesnikove halucinacije (7,16).

8.2. Promjenjeni procesi mišljenja, shvaćanja i razumijevanja

Promijenjeni procesi mišljenja, shvaćanja i razumijevanja su promjena kognitivne operacije i aktivnosti, dezintegracija procesa mišljenja i shvaćanja, kriva prosudba, krivim interpretiranjem okoline i događaja iz okoline (7,16).

Kritični čimbenici kojima se očituje sestrinska dijagnoza „ promijenjeni procesi mišljenja, shvaćanja i razumijevanja“ su; dezintegracija granica mišljenja između okoline i drugih, osjetilno-perceptivna promjena, oštećena sposobnost sintentiziranja podražaja iz okoline, psiho-socijalni čimbenici, biološki čimbenici (16).

Promjene u procesima mišljenja, shvaćanja i razumijevanja prepoznati ćemo na osnovu vodećih obilježja i bolesnikova ponašanja, npr; bolesnik misli da su drugi iz okoline špijuni ili demoni, vjeruje da je psihijatrijska ustanova zatvor, izjave ili geste interpretira kao neprijateljske prosudbe i zle namjere, bolesnik misli da drugi iz okoline čuju njegove misli (misaona radiodifuzija), bolesnikove misli su blokirane, bolesnik se povlači, uviđa se siromaštvo govora, nelogičnost „salata riječi“ (16).

Mogući ciljevi kod sestrinske dijagnoze „ promijenjeni procesi mišljenja, shvaćanja i razumijevanja“ su; bolesnik u verbalnom i neverbalnom komuniciranju pokazuje odsutnost obmana, tijekom interpretacije pokazuje stvarnost, bolesnik ne pokazuje oblik osude prema drugima, uspjeva uspostaviti granice između sebe i drugih (16).

Na osnovi prognoze sestrinske dijagnoze „promijenjeni procesi mišljenja, shvaćanja i razumijevanja“ MS/MT provodi mnogobrojne sestrinske intervencije, koje mogu biti; terapijska komunikacija, osiguravanje sigurnog ozračja, pravilan pristup kod bolesnikovih promijenjenih procesa shvaćanja, ne ulazi u rasprave, diskusije i svađu, bolesniku pristupati smireno, polako i sa činjenicama, na bolesnikovo mišljenje i načine interpretacije posebno obratiti pažnju, utvrđuje ima li bolesnik logična razmišljanja i realističnu sposobnost rješavanja problema (7,16).

8.3. Visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili prema drugim osobama

Visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili prema drugim osobama kao sestrinska dijagnoza očituje se rizičnim ponašanjem bolesnika u kojem pokazuje da je štetan za sebe i okolinu. U svim oblicima shizofrenije gdje bolesnik pokazuje poremećaj misli i impulzivno ponašanje je prijetnja za bolesnika i druge (16).

Kritični čimbenici kojima se iskazuje sestrinska dijagnoza „visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili prema drugim osobama“ su; ljutito ponašanje poput udaranja šaka, stiskanja čeljusti ili krutog držanja, bolesnik pokušava ozlijediti sebe ili napasti druge u okolini, pokazuje destruktivno ponašanje (udaranje po zidovima ili predmetima), povećanu tjeskobu, motoričku aktivnost, bolesnik viče bez očite provokacije (16).

MS/MT postavlja moguće ciljeve na osnovi navedene sestrinske dijagnoze „visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili prema drugim osobama“, npr; bolesnikovo ponašanje je neagresivno i nenasilno, bolesnik prepoznaje simptome koji bi mogli vodit nasilju (progoniteljske misli, paranoja, frustracija, ljutnja), koristi naučene strategije da spriječi nastup destruktivnih osjećaja i misli, bolesnik ne izražava želju za nasiljem usmjerenim prema sebi ili drugima (16).

Visok rizik za nasilje usmjereno prema sebi ili prema drugim osobama obrađuje se sestrinskim intervencijama kao što su; pomaganje kod sigurnog i mirnog okruženje za bolesnika, biti oprezan i paziti na znakove koji upućuju na nasilničko ponašanje, poticati bolesnika da govori i ohrabrivati ga, pomoći bolesniku u identificiranju situacije koja dovodi do destruktivnog ponašanja, pomoći bolesniku u učenju strategija izbjegavanja stresnih situacija, reći bolesniku da prestane s određenim ponašanjem, kao alternativni način kažnjavanja agresivnih bolesnika MS/MT provodi izolaciju, ako je potrebno drži i zagrli bolesnika (7).

8.4. Društvena izolacija

Socijalna izolacija i povlačenje iz društva kao negativno i prijeteće stanje, izražavanje osjećaja odbačenosti, rješavanje problema nasiljem i ljutnjom, poteškoće u stvaranju odnosa sa drugima ukazuje na sestrinsku dijagnozu „društvena izolacija“. Ova izolacija se ne odnosi na dobrovoljnu samoću kao što su potreba za kreativnošću, samoći proživljenoj nakon velikog gubitka (7,16).

Navedena sestrinska dijagnoza „društvena izolacija“ može biti prikazana kritičnim čimbenicima kao što su; asocijalni gubitak, slabost govora, rastrojena verbalna komunikacija, nezadovoljstvo u uspostavljanju odnosa i veza, prisutnost halucinacija i obmana mogu rezultirati nepovjerenjem i odbijanjem kako od bolesnika, tako i od strane drugih, nedosljedno ponašanje prema prihvatljivim socijalnim normama (16).

Vodeća obilježja kojima ćemo prepoznati sestrinsku dijagnozu „društvene izolacije“ su; poteškoće u uspostavljanju odnosa, bolesnik daje izjave koje mogu inicirati na osjećaj odbačenosti, većinu vremena provodi u krevetu ili sobi, bolesnik se povlači iz okoline i od drugih u okolini, pokazuje poteškoće u društvenim razgovorima, nesposobnost uključivanja u aktivnosti i izražavanje osjećaja (16).

Na osnovi sestrinske dijagnoze „društvena izolacija“, MS/MT provodi sestrinske intervencije kao što su; procjena obiteljskih odnosa, upoznavanje bolesnikovog oblika komuniciranja i stanja, stvaranje i uspostavljanje interakcija, boravak sa bolesnikom, tijekom društvenog povlačenja pomaže bolesniku u osnovnim ljudskim potrebama, aktivnostima i uspostavljanju odnosa sa drugima iz okoline, MS/MT upoznaje bolesnikove ključne osobe za pružanje potpore (7,16).

8.5. Narušena verbalna komunikacija

Narušena verbalna komunikacija izražava se smanjenom mogućnosti racionalnog verbaliziranja, lutajuće izgubljeno izražavanje, nelogičnost, eholalija. Na sposobnost verbalne komunikacije i upotrebu jezika na značajan način može utjecati nerazumijevanje bolesnika od strane drugih. Bolesnikovo razumijevanje drugih također je ugroženo (7,16).

Sestrinska dijagnoza „narušena verbalna komunikacija“ očituje se kritičnim čimbenicima kao što su; poremećaj u obliku interpretacije, izmijenjen misaoni proces, mutizam, škrtost govora, opsesivne misli, halucinacije, izmijenjena prosudba i povlačenje iz okoline (16).

Navedenu sestrinsku dijagnozu „narušena verbalna komunikacija“ prepoznat ćemo kroz vodeća obilježja, npr; bolesnik koristi nejasan govor, u interpretaciji daje malo informacija i mogu biti ponovljene, upotrebljava iskrivljenu verbalnu komunikaciju „05 je sati ujutro, i ja sam zora novog doba“, bolesnik upotrebljava rimu, ili zvučno slične ali beznačajne rečenice (16).

Na osnovi prognoze sestrinske dijagnoze „narušena verbalna komunikacija“ MS/MT podstavlja moguće ciljeve, npr; bolesnik pokazuje realističan misaoni proces tijekom izražavanja, verbalna komunikacija pokazuje sukladnost sa gestama tijela i lica, bolesnik prepoznaje da anksiozno stanje narušava komunikaciju, identificira psiho-socijalne stresore (16).

MS/MT također provodi sestrinske intervencije kao što su; upotreba alternativnih i terapijskih metoda komunikacije, izbjegavanje rasprava, svađa ili sukoba, tijekom boravka sa bolesnikom pozorno i strpljivo slušati, osigurati sigurno okruženje, utvrditi narušenost bolesnikove verbalne komunikacije (16).

8.6. Individualna neučinkovitost i nemogućnost suočavanja

Individualna neučinkovitost i nemogućnost suočavanja kao sestrinska dijagnoza očituje se na samo zaštitnom uzorku koji se brani od percepcijskih sustava prijetnji. Temelj takvog ponašanja često je negativan za samopoštovanje, anksioznost, depresiju, nesposobnost donošenja odluka, promjenu sudjelovanja u društvenom životu (7,16).

Navedenu sestrinsku dijagnozu izjašnjavaju kritični čimbenici kao; nisko samopoštovanje, sumnja i nepovjerenje usmjereno prema drugima u okolini, umjerena do teška stanja tjeskobe, izmijenjen misaoni proces, nesposobnost izražavanja i interpretiranja osjećaja (16).

Narušenu verbalnu komunikaciju prepoznat ćemo na osnovu ponašanja bolesnika, npr; koristi neprijateljske geste, bolesnik pokazuje osjetljivost na najmanju kritiku, izražava negostoljubivost, neodgovornost prema drugima, bolesnik pokazuje superioran stav i grandioznost, što može biti obmana (16).

Sestrinska dijagnoza „narušena verbalna komunikacija“ ovisno o bolesnikovoj prognozi bolesti popraćena je mogućim ciljevima, npr; bolesnik pokazuje povjerenje u druge iz okoline, izražava osjećaje pravilno koristeći verbalnu i neverbalnu komunikaciju, bolesnik koristi strategiju suočavanja u prihvatljivim i prikladnim situacijama, energiju troši u fizičkim i grupnim aktivnostima, ispravno interpretira okolne događaje, pokazuje odsutnost hiper-osjetljivosti, sumnjičavosti ili paranoje tijekom interakcije sa drugima iz okoline (16).

Na osnovi dijagnoze „narušene verbalna komunikacija“ MS/MT provodi sestrinske intervencije, npr; uključivanje bolesnika u interakciju, pomoći bolesniku da izražava osjećaje i misli, osigurati osjećaj sigurnosti u okolini kod bolesnika koji izražava sumnjičavost, nepovjerenje ili paranoju, ponašati se prijateljski, ne osuđivati bolesnika u hiper-osjetljivosti i interakcijama, ohrabrivati bolesnika, pomoći bolesniku preusmjeriti negativnu energiju prema aktivnostima (7,16).

8.7. Promijenjeni obiteljski odnosi

Promijenjeni obiteljski odnosi očituju se poteškoćama u odnosima između članova obitelji, nezadovoljstvom između potreba i sigurnosti, nepovjerenjem, neučinkovitosti donošenja odluka, dječijom disfunkcijom (7,16).

Kritični čimbenici koji ukazuju na sestrinsku dijagnozu „promijenjeni obiteljski odnosi“ su; dezintegracija uloga u obitelji, članovi obitelji nesposobni da izraze osjećaje i mišljenja, poricanje od strane bližnjih, neučinkovito suočavanje, povlačenje (16).

Navedena sestrinska dijagnoza „promijenjeni obiteljski odnosi“ očituje se vodećim obilježjima, npr; članovi obitelji su nepažljivi prema bolesniku, ne uspijevaju pružit potporu, razumijevanje i ljubav, pokazuju neprikladne reakcije, obitelj preokupirana negativnim mislima vezanim za bolest ili bolesnika, članovi obitelji ne uspijevaju pomoći bolesniku (16).

Mogući ciljevi koje postavlja MS/MT na osnovi bolesnikove prognoze i sestrinske dijagnoze „promijenjeni obiteljski odnosi“ mogu biti; članovi obitelji prihvaćaju bolesnika, sudjeluju u aktivnostima i terapijskim zajednicama, pružaju potporu bolesniku, članovi obitelji izražavaju osjećaje i mišljenje (16).

Sestrinskoj dijagnozi „promijenjeni obiteljski odnosi“ MS/MT prepoznaje i provodi sestrinske intervencije, npr; utvrđuje sadašnje stanje između članova obitelji kao i kod napretka u bolesti, potiče obiteljsko sudjelovanje, razgovore, aktivnosti, potiče bolesnikove želje i osjećaje, educira i informira (7,16).

8.8. Smanjena mogućnost brige o sebi

Smanjena mogućnost brige o sebi kao sestrinska dijagnoza iskazana je rastrojenom sposobnosti bolesnika u obavljanju osnovnih ljudskih potreba. Bolesnici čije je mentalno ili emocionalno stanje ugroženo do tih razmjera da ne može obavljati osnovne potrebe u obavljanju njege (7,16).

Kritični čimbenici koji pokazuju na sestrinsku dijagnozu „smanjena mogućnost brige o sebi“ mogu biti; ometenost, halucinacije, obmane, depresija, rastrojena prosudba, povlačenje, smanjena energija, tjeskoba i zabrinutost (16).

Navedenu sestrinsku dijagnozu prepoznat ćemo na osnovu bolesnikova ponašanja, npr; bolesnik se ponaša neprikladno za svoje godine i status, poput nepočešljane kose, odjevanja i ponašanja, ne pokušava održavat osobnu higijenu, nosi ustajalu odjeću, miris znoja i zadah, manifestira se lošim higijenskim navikama (nečisto donje rublje, neoprane ruke) (16).

Mogući cilj koji može biti postavljen kod sestrinske dijagnoze „smanjena mogućnost brige o sebi“ je; bolesnik obavlja aktivnosti higijenskih navika kontinuirano sa svojom sposobnošću, zdravstvenim stanjem i razvojnom fazom bolesti (kupa se, oblači, uređuje, obavlja nuždu, pere kosu, zube i druge aktivnosti) (16).

MS/MT provodi sestrinske intervencije vezane uz sestrinsku dijagnozu „smanjena mogućnost brige o sebi“ koje mogu biti; organiziranje dnevnih aktivnosti, pomoći bolesniku u razvijanju higijenskih navika, priuštiti higijenske potrepštine za bolesnika, poticati bolesnika u obavljanju dnevnih higijenskih navika, pomoći bolesniku, po potrebi, u obavljanju dnevnih aktivnosti njege, edukacija i planiranje higijenskih potreba (7,16).

Zaključak

U radu sam željela istaknut svu kompleksnost i problematiku zdravstvene njege shizofrenih bolesnika. Od psihijatrijske MS/MT se zahtjeva da pruža njegu koja uključuje kontrolu, sigurnost i metode kojima se ublažavaju problemi s kojima se bolesnik i njegova obitelj suočavaju. Također, MS/MT ima i brojne druge uloge kao što su psihosocijalne intervencije, edukacija bolesnika, suradnja s obitelji bolesnika, osiguranje smještaja bolesnika, davanje informacija bolesniku i njegovoj obitelji i sl. Naime, potreba za njegom prerasta u problem cijelog društva i kontinuirano raste.

Činjenica je kako je kvalitetna edukacija za psihijatrijske MS/MT bitna za postavljanje ciljeva, intervencija, rješavanju problematike, te provođenje zdravstvene njege s ciljem poboljšanja zdravstvene njege.

Budući da je shizofrenija teška, a kod većine oboljelih dugotrajna i ponekad doživotna bolest, važno je raditi na prevenciji, pravovremenom prepoznavanju i liječenju, koje uključuje i razumijevanje različitog ljudskog ponašanja, poznavanje problema i sposobnost prilagodbe na promijenjene uvjete života. Uz redovitu kontrolu i skrb u zajednici bolesnici mogu voditi produktivan i ispunjen život. Osim što se tako smanjuje stigma takvih bolesnika, uspostavlja se i odnos povjerenja i suradnje, smanjuje rizik od neželjenih događanja. MS/MT i dobro educirana obitelj rano će prepoznati pogoršanje bolesti te preventivno djelovati kako se bolest ne bi vratila.

Bitno je spomenuti važnost zdravstvene njege koja ističe važnost osnovnih ljudskih potreba, komuniciranja i potrebu za pružanjem adekvatne skrbi. Da bi to bila u stanju MS/MT mora uz kvalitetno formalno obrazovanje osvijestiti potrebu i važnost trajne, kontinuirane, cjeloživotne edukacije.

Pristup MS/MT prema bolesnoj osobi treba biti profesionalan i individualan, u skladu sa njezinim kompetencijama i u svrhu dobrobiti bolesnika.

Literatura

1. Jakovljević M. Shizofrenija u teoriji i praksi: Etiopatogeneza i klinička praksa. Zagreb: Pro Mente; 2011.
2. Lj. Moro, T. Frančišković i sur.: Psihijatrija. Zagreb: Školska knjiga; 2011.
3. S. Štrkalj-Ivezić: Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj: psihoedukacija između informacije i psihoterapije. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
4. M. Božičević, Z. Bradaš: Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj skrbi psihijatrijskog bolesnika: zbornik radova. Plitvička jezera: psihijatrijsko društvo HUMS; 2011.
5. Šilje M, Hitna stanja u shizofreniji. Završni rad. Dubrovnik: Sveučilište u Dubrovniku; 2013.
6. Mojsović, Z. i suradnici. Sestrinstvo u zajednici. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2007.
7. B, Sedić. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2006.
8. D. Ostojić: Prva epizoda shizofrenije - važnost ranog otkrivanja bolesti. Pregledni članak, Klinika za psihijatriju Vrapče; 2012.
9. Prlić N, Rogina V. i Muk B.: Zdravstvena njega 4. Zagreb: Školska knjiga; 2005.
10. Ostojić D. Prva epizoda shizofrenije – važnost ranog otkrivanja bolesti, što o tome trebaju znati socijalni radnici?.Ljetopis socijalnog rada; 2012.
11. ICN kompetencije medicinskih sestara, (ICN on Nursing and Development 2005) .
12. Sindik J. Vuković Matić M. Komuniciranje u zdravstvu, Dubrovnik; 2016.
13. Prlić N. Zdravstvena njega, udžbenik za učenike srednjih medicinskih škola, Zagreb: Školska knjiga; 2016.
14. Sestrinske dijagnoze 2. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara; 2013.
15. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara; 2011.
16. Fortinash M.K. , Holoday Worret A.P. Psyhiatric nursing care plans. By Mosby; 2007.